

работа в малых группах - студенческая группа разбивается на подгруппы по 4-6 человек. Каждая подгруппа получает свою ситуационную задачу, и после обсуждения выдвигает возможный вариант решения. Студенты другой подгруппы оценивают ответ и при несогласии предлагают собственный вариант. Преподаватель является экспертом, который указывает на возможные ошибки, задает наводящие вопросы при возникновении затруднений, дает пояснения и комментарии. Большинство ребят по результатам анкетирования (92%) отдают предпочтение именно групповым методам решения задач. 79% студентов считают, что решение ситуационных задач способствует развитию клинического мышления.

Таким образом, использование ситуационных задач в ходе обучения студентов медицинских вузов расширяет возможности учебного процесса, позволяет систематизировать знания, полученные в процессе изучения разных дисциплин, способствует развитию клинического мышления, существенно дополняет работу с пациентами и повышает мотивацию студентов к изучению данного предмета.

Литература:

1. Буравкова, А.Г. Ситуационные задачи как способ формирования клинического мышления врача / А.Г. Буравкова, О.Б. Демьянова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : сб. ст. XXXVIII междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск : СибАК, 2014. – № 38. – С. 41-45.

2. Феномен «клиническое мышление» как одно из основополагающих понятий исследования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28096>. – Дата доступа: 26.08.2019.

3. Суровцева, В.А. Ситуационная задача, как один из современных методических ресурсов обновления содержания школьного образования [Электронный ресурс] // Школьная педагогика. – 2016. – №4. – С. 48-57. – Режим доступа: <https://moluch.ru/th/2/archive/42/1266>. – Дата доступа: 15.08.2019.

4. Опыт преподавания на английском языке по тематике внутренней медицины иностранным студентам: Трудности процесса обучения и пути их преодоления / Л.В. Журавлева [и др.] // Вестн. мед. стоматол. акад. – 2009. – Т.9, № 4. – С. 238-240.

5. Бактыбаев, Ж. Ш. Использование технологии таксономии Блума в учебном процессе вуза // Ярослав. педагог. вестн. – 2017. – № 1. – С. 151–153.

6. Дзигилевич, Т.С. Формирование учебно-профессиональной мотивации у студентов медицинского ВУЗа посредством ситуационных задач по анатомии человека / Т.С. Дзигилевич, О.Л. Осадчук // Междунар. журн. прикладных и фундам. исследований. – 2016. – № 5-1. – С. 111-114.

УДК 378.147:618

МОДЕЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ - СТУДЕНТ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ УО ВГМУ

Прусакова О.И., Дейкало Н.С., Семенов Д.М., Дедуль М.И., Бресский А.Г.

УО Витебский государственный дружбы народов медицинский университет

Индивидуальный стиль преподавания в медицинских учреждениях обусловлен высокими требованиями к профессиональной подготовке медицинских кадров, к проявлению их творческой индивидуальности. Индивидуальный стиль деятельности – одна из важных характеристик процесса индивидуализации профессионального труда. Наличие своего стиля у профессионала свидетельствует, с одной стороны, о его

приспособлении к объективно заданной структуре профессиональной деятельности, а с другой – о максимально возможном раскрытии своей индивидуальности [1].

Цель: диагностика модели общения педагогов на кафедре акушерства и гинекологии УО «ВГМУ».

Материал и методы: текст опросника по моделям педагогического общения И.М. Юсупова.

Форма проведения: индивидуально.

Процедура проведения. Преподавателям роздан текст опросника, который был заполнен в соответствии с инструкцией [2].

Различные стили коммуникативного взаимодействия порождают несколько моделей поведения педагога в общении с обучаемыми на занятиях. Условно их можно обозначить следующим образом.

Модель дикторская («Монблан»). Педагог как бы отстранен от обучаемых, он парит над ними, находясь в царстве знаний. Обучаемые – всего лишь безликая масса слушателей. Никакого личностного взаимодействия. Педагогические функции сведены к информационному сообщению. Данная модель преподавания выявлена у 3 опрошенных педагогов.

Модель дифференцированного внимания («Локатор») основана на избирательных отношениях с обучаемыми. Педагог ориентирован не на весь состав аудитории, а лишь на часть, допустим, на талантливых или же, напротив, слабых, лидеров и аутсайдеров. В общении он как бы ставит их в положение своеобразных индикаторов, по которым ориентируется на настроение коллектива, концентрирует на них свое внимание. Одной из причин такой модели общения на занятиях может явиться неумение сочетать индивидуализацию обучения с фронтальным подходом. Два преподавателя имеют данную модель педагогического общения.

Модель гиперрефлексивная («Гамлет»). Педагог озабочен не столько содержательной стороной взаимодействия, сколько тем, как он воспринимается окружающими. Межличностные отношения возводятся им в абсолют, приобретая доминирующее значение для него. Он сомневается в действенности своих аргументов, в правильности поступков, остро реагирует на нюансы психологической атмосферы обучаемых, принимая их на свой счет. Такой педагог подобен обнаженному нерву.

Данная модель преподавания выявлена у одного педагога.

Модель негибкого реагирования («Робот»). Взаимоотношения педагога с обучаемыми строятся по жесткой программе, где четко выдерживаются цели и задачи занятия, дидактически оправданы методические приемы, имеет место безупречная логика изложения и аргументация фактов, отшлифованы мимика и жесты, но педагог не обладает чувством понимания меняющихся ситуаций общения. Им не учитываются педагогическая действенность, состав и психическое состояние обучаемых, их возрастные и этнические особенности. Идеально спланированное и методически отработанное занятие разбивается о рифы социально-психологической реальности, не достигая своей цели. Модель «Робот» выявлена у 2-х преподавателей.

Модель активного взаимодействия («Союз»). Педагог постоянно находится в диалоге с обучаемыми, держит их в мажорном настроении, поощряет инициативу, легко схватывает изменения в психологическом климате коллектива и гибко реагирует на них. Преобладает стиль дружеского взаимодействия с сохранением ролевой дистанции. Данная модель преподавания выявлена у 7 преподавателей на кафедре акушерства и гинекологии.

Выводы.

1. Дикторская модель преподавания («Монблан») выявлена у 20% преподавателей на кафедре акушерства и гинекологии. Следствием данной модели является отсутствие психологического контакта, а отсюда – безынициативность и пассивность обучаемых.

2. Модель дифференцированного внимания («Локатор») выявлена у 13,3% опрошенных. Следствием данной модели преподавания является нарушение целостности акта взаимодействия в системе «педагог-коллектив», она подменяется фрагментарностью ситуативных контактов.

3. Модель гиперрефлексивная («Гамлет») составила 6,7%. Следствие: обостренная социально-психологическая чувствительность педагога приводит его к неадекватным реакциям на реплики и действия аудитории. В такой модели поведения часто бразды правления оказываются в руках обучаемых, а педагог занимает ведомую позицию в отношениях.

4. Модель негибкого реагирования («Робот») выявлена в 13,3%. Следствие: низкий коэффициент педагогического взаимодействия.

5. 46,7% преподавателей придерживаются модели активного взаимодействия («Союз»), что позволяет возникающие учебные, организационные и этические проблемы творчески решать совместными усилиями. Такая модель является наиболее продуктивной.

Литература:

1. Кузьмина, Н.В. Методы исследования педагогической деятельности / Н.В. Кузьмина. – Л. : ЛГУ, 1970. – 28 с.

2. Демиденко, М. В. Педагогическая психология: методы и тесты / М.В. Демиденко, А. П. Ключева ; авт.-сост.: М. В. Демиденко, А. П. Ключева. – Самара : Бахрах-М, 2004. – С. 137–139.

УДК 618.3:614.2

ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Ржеусская Л.Д., Дивакова Т.С., Фомина М.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Охрана здоровья матери и ребенка в Республике Беларусь рассматривается как важнейшая составная часть всей системы здравоохранения. В связи с этим, одним из наиболее актуальных вопросов клинициста является поиск причин перинатальных потерь, детской заболеваемости и возможных путей их снижения, включая высокотехнологичную помощь.

На XVII Всероссийском научно-образовательном форуме в 2017 году были сформулированы основные проблемы здоровья будущего поколения: улучшение перинатальных исходов при своевременных и запоздалых родах; снижение частоты плацентарной недостаточности и СЗРП; преждевременные роды; многоплодная беременность, особенно вследствие ЭКО; ранняя диагностика хромосомных аномалий и наследственных заболеваний; разработка методов коррекции пороков – внутриутробная и неонатальная хирургия; снижение частоты иммуноконфликтной беременности и профилактика резус-иммунизации [1]. Следует большое внимание уделить и другим проблемам перинатальной медицины при проведении курсов ФПК на кафедре акушерства и гинекологии. Подробно вопросы поднимались на X съезде педиатров и I Перинатальном конгрессе в Республике Беларусь с международным участием 3-4.10.2018г. в г. Минске.

При изучении акушерства и гинекологии делается акцент на зависимость показателя перинатальной и младенческой смертности от оптимизации ведения осложненной беременности, родов, реанимации и выхаживания недоношенных и детей с экстремально низкой массой тела, а также лечения детей, имеющих врожденными заболеваниями и пороки развития.